LA FACULTÉ .Net
SEEK KNOWLEDGE

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

Bouffée Délirante

I . Définition :

Psychose aiguë caractérisée par l'éclosion soudaine d'un délire transitoire et polymorphe dans
ses thèmes et ses mécanismes et est également associée à des troubles de l'humeur et du comportement.

II . Clinique :

A . Circonstance de survenue: Il s'agit d'un adulte jeune, ayant une personnalité dite fragile à la suite d'un surmenage, une
émotion ou souvent sans cause apparente.

B . Déroulement:

a- Le début: Est brutal, "c'est un coup de tonnerre dans un ciel serein".

b- La phase délirante: Caractérisée par

1- Délire polymorphe

• Thèmes: Multiples et variés
- De persécution. - De grandeur. - De transformation corporelle.
- Mystique (religion.) - D'ensorcellement. - Erotique.
- De jalousie.

• Mécanismes: Multiples
- Hallucinatoires. - Imaginatifs. - Interprétatifs.
- Intuitifs. - Illusionnels. - Cinesthésiques (attouchement, piqûre, etc.)

L'automatisme mental est toujours présent et consiste en une mécanisation de la pensée.

2- Troubles de la conscience:

1) Altération de la conscience du vécu, la lucidité est apparemment intacte, le malade reste en relation avec
l'extérieur, bien orienté dans le temps et l'espace et pourtant, il y a une destruction du champ de la conscience que
l'analyse clinique met en évidence sous forme de fascination par l'imaginaire de l'expérience actuelle, comme divisé entre
2 pôles, un pôle prédominant du délire et celui de la réalité.
2) Altération de la conscience de soi, c'est le syndrome de dépersonnalisation (sentiment d'étrangeté et de
transformation du corps et du milieux ambiant.)

3- Troubles thymiques: Au délire, vont correspondre des états affectifs violents, tantôt le sujet est expansif et exalté tel
un maniaque, tantôt il est angoissé et mélancolique avec mutisme et refus alimentaire. Cette labilité thymique est
caractéristique des BD et la rapproche des crises maniaco-dépressives.

C . Examen somatique: Il révèle :

1- Altération de l'état général. 2- Inappétence alimentaire (dégoût.)
3- Insomnie 4- Céphalées intenses.
5- Hypotension 6- Aménorrhée chez la ♀.

III . Évolution – Pronostic :

Le délire peut s'amender (disparaître) rapidement en quelques jours ou semaines. La bouffée délirante est sans conséquences,
sinon sans lendemain, c'est à dire que la BD ne laisse ni séquelles, ni complications.
Il existe cependant une menace de récidive qui pèse sur l'avenir du malade.
L'évolution peut se faire également vers la
psychose chronique, surtout la schizophrénie.

- Eléments de mauvais pronostic :

1/ L'importance du syndrome d'automatisme mental. 2/ La systématisation des idées délirantes. 3/ Le début insidieux. 4/ La longueur de la crise.
5/ La résistance aux thérapeutiques.

- Eléments de bon pronostic :

1. L'importance des troubles de la conscience. 2. La richesse imaginative.
3. La brièveté de la crise. 4. Une note hystéroïde avec théâtralisme.

IV . Formes cliniques :

A- Les formes symptomatiques: Selon le mécanisme prévalant du délire

1- La psychose imaginative aiguë. 2- La psychose hallucinatoire aiguë.
3- La psychose interprétative aiguë (Prête à confusion avec la paranoïa.)

B- Les formes étiologiques:

1- La BD symptomatique d'une toxi-infection ou d'une lésion cérébrale (tumeur, lésions temporales, etc.)
2- La psychose aiguë dans la pathologie de la puerpéralité(grossesse, du 1er mois jusqu'à l'accouchement)
3- La psychose aiguë suite à un choc émotionnel (deuil, abandon, conflit professionnel, etc.)

V . DGC (+) :

1) Début brutal. 2) Polymorphisme du délire.
3) Variation du tableau clinique. 4) Etat crépusculaire de la conscience (vie son délire.) 5) Labilité thymique avec exaltation et/ou angoisse.

VI . DGC Différentiel :

1/ La manie (accès maniaque.) 2/ La mélancolie (accès mélancolique.)
3/ La confusion mentale. 4/ L'épilepsie temporale.

VII . CAT :

- Hospitalisation avec Isolement sans contention.
- Examen somatique et paraclinique soigneux.
- Soins généraux (nursing.) et Surveillance de l'alimentation.
- Traitement d'attaque par Neuroleptiques, durant 1 mois, par voie parentérale ou orale utilisant :

1 Halopéridol: Haldol®, en solution à 2‰ (Gttes) ou en injection à 5 mg (Amp.)
2 Chlorpromazine: Largactil®, en Cp de 25 et 100 mg ou Ampinj à 25 mg.
3 Lévomépromazine: Nozinan®, en Cp de 25 et 100 mg ou Ampinj à 25 mg.
Schéma:

- 1 Amp de **Haldol®** + 1 Amp de **Largactil®** + 1 Amp d'**Heptamyl®** (analeptique OH—), 1 inj IM 3 fois/jr + **Parkinane®** en Cp de 2 ou 5 mg (pour lutter contre les effets dyskinétiques de l'Haldol®) pendant 15 jrs.
- Après 15 jrs, relais oral avec **Haldol®**, 50 Gttes 3 fois/jr + **Nozinan®** 1 Cp le matin, 1 Cp à midi et 2 Cp le soir + **Parkinane®** à 5 mg, 1 Cp le matin + **Heptamyl®**, 20 Gttes 3 fois/jr ou 1 Cp 3 fois/jr.

4 Sismothérapie, si nécessaire, 2 séances/smn pendant 3 smn consécutives.
_ Traitement d'entretient, poursuivi pendant au moins 1 an sans interruption.
_ Psychothérapie, proposée le plus tôt possible (pour la réinsertion sociale des patients.)